

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alain Ribordy, avocat à Fribourg,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 49 al. 1 et 56 al. 1 LPGA ; 3 al. 1 LPA-VD

En fait et en droit :

Vu la demande de prestations déposée le 7 juin 2013 par K._____ (ci-après : l'assurée) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), indiquant être en incapacité de travail totale depuis le 5 octobre 2012 et souffrir notamment de la colonne vertébrale ainsi que du pied et de la cheville gauches en raison d'un accident,

vu le courrier du conseil de l'assurée à l'OAI du 23 août 2013, exposant que l'intéressée avait droit à des mesures de réadaptation professionnelle, en particulier à un reclassement dans une nouvelle profession conformément aux art. 8 et 17 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et requérant qu'elle soit très prochainement convoquée à un entretien destiné à faire son bilan professionnel et examiner les possibilités de formation,

vu la lettre de l'OAI au conseil de l'assurée du 28 août 2013, constatant que la situation médicale n'était pas encore stabilisée et expliquant que la mise en place de mesures professionnelles serait réexaminée à la fin du séjour de l'assurée à la Clinique W._____ qui devait avoir lieu dans les prochaines semaines,

vu la communication de l'OAI du 6 décembre 2013, informant l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible car sa situation médicale n'était pas stabilisée, que l'instruction de sa demande de prestations était poursuivie et que l'octroi de mesures professionnelles serait réexaminé dès que leur mise en place serait possible,

vu la communication de l'OAI du 10 mars 2014, informant l'assurée que les conditions pour le droit à une orientation professionnelle étaient remplies,

vu la communication de l'OAI du 23 avril 2014, informant l'assurée que les conditions d'octroi du droit à des mesures professionnelles étaient remplies, de sorte qu'il prendrait en charge les frais d'un module d'orientation professionnelle,

vu le courrier du conseil de l'assurée à l'OAI du 21 janvier 2015, indiquant que le stage d'orientation professionnelle se terminerait à la fin du mois et demandant si un reclassement dans une nouvelle profession était envisagé et, si tel n'était pas le cas, si d'autres mesures d'orientation professionnelle ou un placement à l'essai étaient possibles,

vu la lettre de l'OAI au conseil de l'assurée du 26 janvier 2015, exposant qu'il n'avait pas encore reçu les informations médicales demandées à la Clinique W. _____,

vu le courrier du conseil de l'assurée à l'OAI du 15 mai 2015, rappelant qu'il restait dans l'attente d'une réponse aux questions posées le 21 janvier 2015, soit si un reclassement dans une nouvelle profession était envisagé et, si tel n'était pas le cas, si d'autres mesures d'orientation professionnelle ou un placement à l'essai étaient possibles,

vu la lettre de l'OAI au conseil de l'assurée du 15 octobre 2015, dont le contenu est le suivant :

« Nous nous référons à votre courrier du 15 mai dernier et tenons à nous excuser sincèrement pour notre réponse tardive.

Actuellement l'exigibilité médicale de l'assurée n'est pas définie. En principe l'assurée devrait avoir une capacité de travail pleine dans une activité à composante sédentaire, mais nous sommes toujours dans l'attente des conclusions de [...] Assurances (assurance LAA), qui doit effectuer une expertise rhumatologique, après quoi, nous pourrions faire valider cette capacité par notre Service Médical Régional.

Comme vous le savez, une mesure d'orientation professionnelle (15 LAI) a été mise en place durant la période du 27.10.2014 au 31.01.2015. L'assurée a effectué deux stages concluants en entreprise durant cette mesure.

Etant donné que Mme K. _____ n'a pas de formation, ni de qualifications reconnues et en tenant compte des gains qu'elle a

obtenus avant son accident, rien ne fait apparaître de préjudice financier qui ouvrirait le droit à une reconversion professionnelle au sens de l'art. 17 LAI.

Par contre, au vu de son jeune âge et de sa motivation, le droit au placement au sens de l'art. 18 LAI, pourrait être envisagé et c'est dans cette optique que nous avons pris contact avec l'entreprise [...], afin de mettre en place un stage.

Malheureusement, les horaires de travail n'étaient pas compatibles avec le système de garde de l'enfant de notre assurée. Ce stage n'a pas pu être mis en place. Mme K. _____ devait nous recontacter si elle trouvait une solution.

Nous reprendrons contact avec Mme K. _____ dès réception des résultats de l'expertise médicale »,

vu le courrier du conseil de l'assurée à l'OAI du 27 novembre 2015, indiquant qu'il ne partageait pas son analyse selon laquelle on pourrait nier d'emblée le droit de l'intéressée à une reconversion professionnelle au sens de l'art. 17 LAI compte tenu des gains obtenus avant l'accident et de l'absence de formation ou de qualifications professionnelles reconnues, exposant que l'assurée présentait, selon ses calculs, un degré d'invalidité de 22% et lui demandant de bien vouloir reconsidérer sa position et prendre rapidement les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre un reclassement professionnel, à défaut, de bien vouloir rendre une décision directement sujette à recours devant le tribunal des assurances,

vu la lettre de l'OAI au conseil de l'assurée du 21 décembre 2015, indiquant que les éléments en sa possession ne lui permettaient pas de statuer sur un droit à des mesures de réinsertion et qu'il reprendrait contact en janvier 2016 afin de faire le point sur la situation,

vu le courrier du conseil de l'assurée à l'OAI du 18 janvier 2016, rappelant qu'il attendait réponse sur le droit à un reclassement professionnel,

vu la communication du 18 février 2016 de l'OAI, informant l'assurée que les conditions pour l'octroi d'un placement à l'essai étaient remplies, lequel aurait lieu du 1^{er} mars au 31 mai 2016,

vu la lettre du 23 février 2016 du conseil de l'assurée à l'OAI, rappelant qu'il restait dans l'attente d'une réponse concernant la demande de reclassement professionnel,

vu la note établie le 10 mars 2016 par l'OAI, relative à des entretiens téléphoniques avec l'assurée, mentionnant notamment ce qui suit :

« Entretien téléphonique avec [...] de Mme K._____ le 04.03.2016

L'assurée nous dit d'avoir dû interrompre le stage un jour à cause de douleurs dans la nuque assez forte[s]. Elle est allée aux urgences. Il semblerait que c'est une tension musculaire. Lui demandons impérativement de contacter son médecin à [...] qui la suit afin de savoir si le stage peut continuer. À défaut elle doit appeler son généraliste. **Pas de suite de stage sans l'aval médical**, même si les limitations sont observées. L'assurée nous apprend qu'elle devait se faire opérer d'une hernie prochainement. Son médecin de [...] ne voyait pas d'autre option. La date n'était pas définie. L'assurée a préféré reporter l'intervention pour faire le stage.

Somme[s] surpris d'apprendre ce fait si tardivement et si nous l'avions su, n'aurions sans doute pas mis le stage en route. Comprendons certes l'assurée qui voulait absolument faire ce stage, mais le résultat est qu'elle est en arrêt après 4 jours.

Insistons sur le fait qu'elle doit avoir un aval médical avant de reprendre le stage.

Message de l'assurée vendredi 4 dans l'après-midi. Elle a contacté son généraliste qui lui aurait dit que c'est sans doute normal d'avoir des douleurs, car l'assurée a été longtemps sans travailler. L'assuré[e] nous dit donc qu'elle continuera le stage lundi 7.03.2016

En date du jeudi 10.03.2016, l'assurée nous retéléphone pour nous dire qu'elle a à nouveau dû arrêter le stage jeudi à cause des mêmes douleurs. Elle était allée mercredi (sic) chez son physio[thérapeute] qui l'avait décoincé[e], mais cela n'a pas duré.

Manifestement elle rencontre des problèmes à reprendre une activité complète après une longue période d'inactivité.

Dans ces conditions décidons d'interrompre le stage, la situation médicale étant à investiguer.

Demandons à Mme K._____ de contacter son médecin spécialiste à [...] afin de faire le point sur ce nouveau problème, et de définir si une intervention est à prévoir et quand.

Ne mettrons plus rien en place avant d'avoir ces informations et l'aval du médecin pour un stage, ceci afin de ne pas risquer de péjorer la santé de l'assurée. »,

vu la lettre de l'OAI au conseil de l'assurée du 18 mars 2016, dont l'objet mentionnait le nom et les coordonnées de l'intéressée, rédigée comme suit :

« Maître,

En référence à vos diverses correspondances des 27 novembre 2015, 3 décembre 2015, 8 janvier 2016 et 18 janvier 2016, nous sommes en mesure de vous apporter les éléments suivants.

Droit à une reconversion au sens de l'article 17 LAI :

Comme vous le savez, les conditions ouvrant le droit à une reconversion professionnelle sont les suivantes : le taux d'invalidité ou préjudice économique doit être de 20% environ, et la mise en place d'une mesure de reconversion doit diminuer le préjudice financier de manière conséquente. Ces deux conditions doivent être remplies.

Concernant Mme K._____, en l'état, nous ne connaissons ni les limitations fonctionnelles, ni la capacité de travail effective. En effet, comme vous le savez, nous sommes toujours en attente d'une expertise que [...] doit mettre en place et que vous devez agréer. Vous comprendrez que dans ces conditions, un droit hypothétique à une reconversion professionnelle ne peut être à ce jour défini.

Nous pouvons certes, dans cette attente, nous baser sur les indications fournies par la Clinique W._____, lors du séjour de l'assurée du 30 janvier 2014 au 18 février 2014, où des limitations fonctionnelles provisoires ont été définies en son temps, à savoir : *pas de descente d'escaliers, pas de position statique debout, activité à composante sédentaire essentiellement en position assise et permettant l'alternance des positions.*

Dans ces conditions, la Clinique W._____ estime raisonnablement possible que l'assurée puisse travailler à temps complet.

Concernant le calcul du préjudice financier, vous retenez comme RI [revenu d'invalidé], dans votre correspondance du 27 novembre 2015, un montant de références selon la méthode usuelle, salaire statistique de CHF 4'112.- / mois pour les femmes. Ce chiffre a été réactualisé pour 2013 à CHF 4'140,- avec un taux de 41.7 comme durée de travail hebdomadaire.

RI :

Salaire annuel 2013 : CHF	51'791.40
Indexation 2014, 0.8% :	CHF 52'205.73

Concernant le RS [revenu sans invalidité], nous nous référons au rapport employeur du 2 juillet 2013, qui mentionne un montant

mensuel de CHF 3'900.- en 2012. L'assurée n'a visiblement pas perçu de 13^e salaire, comme le démontrent ses fiches salaires alors qu'il était dû, selon la CCT [convention collective de travail] comme vous le relevez.

Nous prenons donc en considération un 13^e salaire qui nous donne un salaire annuel en 2012 de CHF 50'700.-.

En admettant plausible que l'employeur aurait augmenté le salaire de CHF 100.- par an, comme il le mentionne dans sa correspondance du 26 mars 2015, le salaire mensuel en 2014 serait donc de CHF 4'100.- / mois, soit CHF 53'300.- annuel, toujours avec un 13^e salaire que l'assurée n'a jamais perçu.

Nous constatons également que sur toutes les fiches salaires de l'entreprise pour 2012 et 2013, aucune augmentation n'est indiquée, le salaire de CHF 3'900.- y est constant.

Pour résumer, le calcul du préjudice financier serait, sans tenir compte d'un abattement, de :

RI :	52'205.75
RS :	53'300.00
Préjudice économique :	1'094.25
Préjudice économique en %	2.05

Concernant l'abattement, vous indiquez dans votre correspondance du 27 novembre 2015, qu'il doit s'élever à 20% en invoquant l'âge de 26 ans et la non-qualification de l'assurée.

La jeunesse et le fait que l'assurée ne soit pas qualifiée ne sont, dans ce cas, pas des éléments pouvant entrer en considération pour justifier un abattement de 20%.

L'abattement, s'il devait y en avoir un, ne pourra être défini qu'une fois les résultats de l'expertise médicale connus et les limitations fonctionnelles clairement définies et validées.

Concernant le stage, que nous avons tenté de mettre en place dès le 01.03.2016, auprès de l'entreprise [...], celui-ci a dû être arrêté pour des raisons de santé.

Par ailleurs nous n'avons pas connaissance qu'une intervention chirurgicale avait été prévue pour le début de l'année et repoussée par l'assurée pour faire ce stage.

Une reprise de stage ne serait à envisager qu'avec l'aval de son médecin et en fonction de la suite médicale de la situation.

En espérant avoir répondu à votre demande et dans l'attente de vos nouvelles, nous vous présentons, Maître, nos salutations distinguées. »,

vu le courrier du conseil de l'assurée à l'OAI du 7 avril 2016, indiquant ce qui suit :

« J'ai bien reçu votre lettre du 18 mars 2016 et vous remercie d'avoir enfin répondu à mes différents courriers.

Je regrette que vous ayez confirmé votre refus d'un reclassement professionnel, de surcroît sans avoir rendu la décision formelle qui s'imposait (art. 49 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]), comme cela est expressément rappelé à la fin de ma lettre du 27 novembre 2015. J'ai par conséquent considéré votre lettre précitée comme une décision, contre laquelle j'ai déposé un recours auprès du Tribunal cantonal (cf. copie ci-jointe).

Je vous sais en revanche gré d'avoir réglé de manière pragmatique et diligente, selon votre lettre du 16 mars 2016 à la caisse de compensation [...], la question de savoir qui allait verser les indemnités journalières suite à l'interruption du stage ayant débuté le 1^{er} mars 2016, pour raison médicale, dès le 8 mars 2016.

En ce qui concerne le complément d'instruction que justifie cette nouvelle atteinte à la santé de l'assurée (art. 43 LPGA), j'ai demandé à l'assurance-accidents de faire le nécessaire (cf. copie ci-jointe de ma lettre de ce jour).

Je vous rappelle (cf. ma lettre du 8 janvier 2016 § 3) de bien vouloir **m'adresser une copie du compte individuel AVS de Mme K. _____**, qui doit figurer à votre dossier. A défaut, vous voudrez bien m'adresser un CD-Rom contenant l'intégralité du dossier.

Enfin, s'agissant d'une éventuelle reprise du stage, il faudra effectivement obtenir préalablement des éclaircissements au sujet de la situation médicale. On ne peut pas non plus exclure que votre service juridique ou que le Tribunal cantonal ait un autre avis concernant le droit à un reclassement professionnel. »,

vu l'acte déposé le même jour par K. _____, représentée par Me Alain Ribordy, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par lequel elle a recouru contre « la décision rendue le 18 mars 2016 » par l'OAI, concluant à son annulation, à la reconnaissance de son droit à un reclassement professionnel et à l'octroi de dépens,

vu la réponse de l'OAI du 4 mai 2016, concluant à l'irrecevabilité du recours,

vu la réplique de l'assurée du 31 mai 2016, précisant sa conclusion relative à l'octroi de dépens en ce sens qu'un montant de 3'600 fr. était réclamé à ce titre et confirmant ses autres conclusions,

vu la duplique de l'OAI du 14 juin 2016, confirmant ses conclusions,

vu les pièces au dossier ;

attendu que, selon l'art. 49 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord,

qu'en cas de désaccord avec la décision rendue, l'assuré peut former opposition, dans les trente jours, auprès de l'assureur qui a statué (art. 52 al. 1 LPGA),

que si le désaccord persiste, une voie de recours devant un tribunal est ouverte conformément aux art. 56 ss LPGA ;

attendu que chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales (art. 57 LPGA),

que le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA),

que dans le canton de Vaud, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour connaître des recours conformément à l'art. 57 LPGA (art. 93 al. 1 et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) ;

attendu que, selon l'art. 3 al. 1 LPA-VD, est une décision toute mesure prise par une autorité dans un cas d'espèce, en application du

droit public, et ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits et obligations (let. a), de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue des droits et obligations (let. b), ou de rejeter ou déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier annuler ou constater des droits et obligations (let. c), cette définition correspondant à celle de l'art. 5 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021),

que n'y sont pas assimilables l'expression d'une opinion, la communication, la prise de position, la recommandation, le renseignement, l'information, le projet de décision ou l'annonce de celle-ci, car il leur manque un caractère juridique contraignant (TF 2P.350/2005 du 24 janvier 2006 consid. 2.1 et les références citées ; CDAP GE.2006.0049 du 13 juillet 2006 consid. 1a et les références citées) ;

attendu qu'aux termes de l'art. 56 al. 1 LPGA, seules les décisions rendues sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal,

que, selon l'art. 57a LAI, l'office AI communique au moyen d'un préavis à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée,

que l'assuré a le droit d'être entendu conformément à l'art. 42 LPGA ;

attendu que l'art. 51 al. 1 LPGA dispose que les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée,

que le Conseil fédéral peut prescrire, en dérogation à l'art. 49 al. 1 LPGA, que la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA s'applique aussi à certaines prestations importantes (art. 58 LAI),

que l'art. 74^{ter} RAI prévoit dès lors que si les conditions permettant l'octroi d'une prestation sont manifestement remplies et qu'elles correspondent à la demande de l'assuré, les prestations suivantes peuvent être accordées ou prolongées sans notification d'un préavis ou d'une décision : les mesures médicales (let. a), les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a^{bis}), les mesures d'ordre professionnel (let. b), les moyens auxiliaires (let. d), le remboursement de frais de voyage (let. e), les rentes et les allocations pour impotent à la suite d'une révision effectuée d'office, pour autant qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'ait été constatée (let. f) et la prestation transitoire (let. g),

que dans les cas d'application de la procédure simplifiée, l'assuré peut exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 2 LPGA),

que selon la jurisprudence, l'octroi de prestations sans décision formelle par un assureur social dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 367 consid. 3 ; TFA C 253/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1) ;

attendu qu'en l'espèce, la communication litigieuse du 18 mars 2016 ne constitue pas une décision,

qu'elle paraît tout au plus constituer une simple information dépourvue de caractère juridique contraignant, indiquant notamment que l'OAI est en attente d'une expertise pour déterminer le droit hypothétique à une reconversion professionnelle et que l'abattement, s'il devait un avoir

un, ne pourra être défini qu'une fois les résultats de l'expertise médicale connus et les limitations fonctionnelles clairement définies,

que le refus de prestations AI, en l'occurrence d'un reclassement professionnel, doit revêtir la forme d'une décision formelle,

que l'OAI reconnait lui-même qu'il n'est pas possible en l'état actuel du dossier de fixer le revenu avec invalidité ni un éventuel abattement,

que, partant, le recours est prématuré,

qu'ainsi, l'écriture de l'assurée du 7 avril 2016 s'avère irrecevable en tant que recours,

que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 I 161 consid. 4.5), les cas d'irrecevabilité doivent être tranchés par une Cour du tribunal composée ordinairement de trois juges (art. 94 LPA-VD), lorsque la valeur litigieuse au fond est supérieure à 30'000 francs,

que la cause doit en conséquence être rayée du rôle, sans suite de frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est irrecevable.
- II. La cause est rayée du rôle.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Alain Ribordy (pour K. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :